FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE & DE PHARMACIE DE LYON

ANNÉE 1961 - N° 89

LES KYSTES MUQUEUX DE LA LÈVRE INFÉRIEURE

Contribution à l'étude Anatomique et Pathogénique et leur rapport avec les Grenouillettes Sublinguales

THÈSE

présentée à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon

et soutenue publiquement le 19 Mai 1961

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

François LESBROC

né le 10 Janvier 1934 à Avignon (Vaucluse)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550007_0006

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE & DE PHARMACIE DE LYON

ANNÉE 1961 - N°

LES KYSTES MUQUEUX DE LA LÈVRE INFÉRIEURE

Contribution à l'étude Anatomique et Pathogénique et leur rapport avec les Grenouillettes Sublinguales

BIBLIOTHÈQUE

THÈSE

présentée à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon

et soutenue publiquement le Mai 1961

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

François LESBROC

né le 10 Janvier 1934 à Avignon (Vaucluse)

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

M. J. LEPINE : Doyen Honoraire

M. H. HERMANN : Doyen
Correspondant de l'Institut

M. M. LEVRAT : Assesseur

Professeurs Honoraires

MM. COLLET, GUIART, CADE, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY.

Professeurs

MM. HERMANN	Physiologie
CIBERT	Clinique Urologique
PONTHUS (détaché à Beyrouth)	- Physique Biologique
DECHAUME	Clinique Neuro-Psychiatrique et Hygiène mentale
ROCHET	Thérapeutique chirurgicale et Chirurgie opératoire
CHAMBON	Chimie organique et Toxicologie
WERTHEIMER	Clinique Chirurgicale B
PAUPERT-RAVAULT	Clinique Médicale B
FROMENT	Clinique et Prophylaxie cardio-vasculaires
CROIZAT	Clinique Médicale C
ENSELME	Chimie biologique et médicale
MALLET-GUY	Clinique Chirurgicale A
GUILLEMINET	Clinique de Chirurgie orthopédique et de Chirurgie infantile
REVOL	Pharmacie Galénique et Matière Médicale
POLLOSSON	Clinique Gynécologique
PIGEAUD	Clinique Obstétricale
BOURRET	Médecine du Travail
LEVRAT	Clinique Médicale A
SOHIER	Hygiène et Action sanitaire et sociale
DUCLOS	Clinique Stomatologique
BERNHEIM	Clinique Médicale infantile et Hygiène du premier âge
JOURDAN	Biologie Médicale et Pharmacodynamie
NETIEN	Botanique et Cryptogamie
BERTRAND	Clinique Chirurgicale C
BADINAND	Chimie Analytique Pharmaceutique
DREVON	Pharmacie et Pharmacologie
ROCHE	Médecine Légale et Déontologie
COUDERT	Parasitologie et Pathologie Exotique
MOUNIER-KUHN	Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie et d'Audio-Phonologie
PAUFIQUE	Clinique Ophtalmologique
THIERS	Clinique de Dermatologie, Syphiligraphie et Allergologie
BRUN	Clinique de Pneumo-Phtisiologie
CREYSSEL Jean	Clinique Traumatologique des Membres
DARGENT	Cancérologie
GUICHARD	Anatomie Pathologique
GIRARD Paul	Pathologie Générale et Expérimentale
LATARJET	Anatomie

MM.	PEYCELON	Pathologie Chirurgicale
	GIRARD Marcel	Thérapeutique
	VACHON	Pathologie Médicale
	GALY	Physio-Pathologie des voies respiratoires
	KEHL	Histologie
	PAPILLON	Radiologie
	JEUNE	Clinique des Maladies Infectieuses
	GONIN	Hydrologie thérapeutique, climatologie et Ecologie sociale
	MONNET	Bactériologie

Professeurs à titre personnel

MM.	BERGER	Physique nucléaire appliquée à la Médecine
	DORCHE	Technologie Pharmaceutique

Professeurs sans chaire

MM.	BANSSILLON	Obstétrique	CIER Jean-François	Physiologie
	ROMAN	Parasitologie	CHATONNET	Physiologie
	BERTOYE	Bactériologie		

Maîtres de Conférences-Agrégés

MM.	CIER André	Pharmacie et Pharmacologie
	PERROT Louis	Chimie organique et Toxicologie
	FEROLDI Jacques	Anatomie Pathologique
	CREYSSEL Roger	Chimie biologique et Médicale
	DUROUX Emile	Anatomie
	BRETTE René	Thérapeutique
	DUMONT Louis	Histologie
	THIVOLET Jean	Hygiène
	GARIN Jean-Paul	Parasitologie
	MORET Robert	Physique
	ODDOUX Lucien	Botanique et Cryptogamie

Agrégés en exercice

MM.	LECUIRE Jean	chargé d'enseignement	Neuro-chirurgie
	MATHIEU Jacques		Obstétrique
	MARION Joseph		Orthopédie
	PONT Maurice	chargé d'enseignement	Propédeutique Médicale
	VIGNON Georges	-	Pathologie Médicale
	REVOL Louis	-	Pathologie Médicale
	JAUBERT de BEAUJEU	-	Pathologie chirurgicale
	GUILLEMIN Georges	-	Propédeutique chirurgicale
	BURTHIAULT René	-	Obstétrique
	FRANÇOIS René	-	Pédiatrie, puériculture

MM. GUINET Paul		Médecine Générale
SAUTOT Jean		Pathologie chirurgicale
MARION Pierre		Chirurgie Générale
MICHAUD Pierre		Chirurgie Générale
GIGNOUX Marcel		Oto-Rhino-Laryngologie
FREIDEL Charles		Stomatologie
PLAUCHU Marcel		Médecine Générale
TRAEGER Jules		Médecine Générale
DEVIC Michel	chargé d'enseignement	Pathologie Médicale
COLIN Marcel	-	Médecine Légale
GUYOTAT Jean	-	Neurologie
DUMONT Martial	-	Obstétrique
DURAND Louis	-	Urologie
de MOURGUES Georges	-	Chirurgie Générale
DESPIERRES Charles	-	Médecine Générale
FRANCILLON Jacques		Chirurgie Générale
TOLOT François		Médecine du Travail
SAUBIER Eugène		Chirurgie Générale
COLOMB Daniel		Dermatologie
SCHOTT Bernard		Neurologie, Psychiatrie
BONAMOUR Georges		Ophtalmologie

Examinateurs de la thèse

MM. GUICHARD - RAVAULT - GIRARD Paul - FEROLDI

A mes parents,

A Florence,

A tous les miens,

A mes amis.

En témoignage de mon affection.

A Monsieur le Professeur Jean CREYSSEL

Professeur de Clinique Traumatologique des Membres
à La Faculté de Médecine de Lyon
Chirurgien des Hôpitaux.

Au Docteur Suzanne CREYSSEL

A leurs enfants.

J'ai trouvé auprès d'eux une deuxième famille,

Qu'ils soient assurés de ma profonde affection.

A Monsieur le Professeur Jean ENSELME

Professeur de Chimie Biologique et Médicale
à la Faculté de Médecine de Lyon.

Au Docteur Juliette ENSELME.

Qu'ils veuillent bien trouver ici un faible témoignage de ma profonde reconnaissance pour tout ce que je leur dois.

A notre Maître

Monsieur le Professeur Albert GUICHARD

Professeur d'Anatomie Pathologique
à la Faculté de Médecine de Lyon,
Médecin des Hôpitaux.

Qui a bien voulu nous admettre dans son laboratoire et nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommages et respectueuse reconnaissance.

A notre Maître

Monsieur le Professeur Pierre-P. RAVAULT

Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine de Lyon,
Médecin des Hôpitaux.

Nous le remercions d'avoir accepté de juger cette thèse.

Nous tenons à lui exprimer toute notre gratitude pour l'enseignement de la Médecine qu'il nous a prodigué pendant le semestre d'externat passé dans son service.

A notre Maître

Monsieur le Professeur F.-Paul GIRARD

Professeur de Pathologie Générale et Expérimentale
à la Faculté de Médecine de Lyon,
Médecin des Hôpitaux.

Nous le remercions d'avoir bien voulu siéger à notre jury de thèse.

En témoignage du plaisir et de l'intérêt que nous avons éprouvés en étant externe dans son service.

A notre Maître

Le Docteur Jacques FEROLDI

Professeur agrégé d'Anatomie Pathologique

Qui a bien voulu nous guider au milieu des difficultés de l'Anatomie Pathologique.

Nous le remercions de la confiance qu'il nous a accordée en nous inspirant le sujet de cette thèse.

A nos autres Maîtres dans les Hôpitaux

Externe :

Professeur BERTRAND,
Professeur de Clinique Chirurgicale,

Professeur POLLOSSON,
Professeur de Clinique Gynécologique,

Professeur JOSSERAND,
Professeur de Pathologie Générale, In mémorian.

Externe en premier :

Docteur PONT
Médecin des Hôpitaux,

Docteur TRILLAT,
Chirurgien des Hôpitaux.

En témoignage de notre reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous ont donné.

P L A N

I - INTRODUCTION

II - HISTORIQUE

III - GENERALITES CLINIQUES

IV - NOS OBSERVATIONS PERSONNELLES

V - ETUDE ANATOMIQUE

A - Les constatations classiques

B - Nos constatations personnelles

VI - COMPARAISON MORPHOLOGIQUE AVEC LES GRENOUILLETTES SUB-LINGUALES

VII - PATHOGENIE ET HISTOGENESE

A - L'origine dysembryoplasique.

B - L'origine glandulaire acquise
- par rétention
- par dégénérescence

C - Nos constatations semblent renforcer cette dernière théorie.

VIII - CONCLUSIONS

I N T R O D U C T I O N

Bien que les kystes muqueux de la lèvre inférieure soient d'une certaine fréquence, leur description n'est le plus souvent qu'à peine ébauchée.dans les traités d'Anatomie Pathologique. Il est vrai que leur constante bénignité et la facilité de leur diagnostic clinique font que leur étude histologique n'est que rarement réclamée par le stomatologiste. De plus l'incertitude de leur pathogénie et, partant, la multiplicité de leurs dénominations, n'en facilitent pas la recherche dans ces traités.

Cette pathogénie présenterait pourtant un double intérêt :

1° D'éclaircir l'origine des différents autres kystes mucoïdes de la cavité buccale et 2° de guider, dans une certaine mesure la thérapeutique pour éviter la récidive qui semble fréquente.

Au demeurant, malgré le nombre de travaux effectués, basés tant sur l'interprétation histopathogénique que sur des données expérimentales, cette origine reste très discutée.

Par cette modeste étude nous ne prétendons pas trancher le débat, notre but sera simplement de décrire aussi minutieusement que possible l'histologie de 5 de ces kystes muqueux de la lèvre inférieure que le Docteur FEROLDI, au Laboratoire d'Anatomie Pathologique de la Faculté de Médecine de Lyon a bien voulu nous confier.

A propos de ces 5 observations, nous avons jugé intéressant de reprendre l'étude de cette affection, de préciser sa comparaison avec les grenouillettes sublinguales, ainsi que les lésions des glandes salivaires voisines. La description de certaines images observées pourra peut être contribuer à renforcer une des hypothèses pathogéniques.

H I S T O R I Q U E

L'étroite parenté morphologique entre ces kystes muqueux de la lèvre inférieure et les grenouillettes sublinguales apparaît tout au long de leur étude. Cette ressemblance est d'ailleurs à l'origine de la première description histologique précise. Elle est due à LECENE.

Cet auteur dans une communication à la Société Anatomique de Paris en 1904, rapporte un cas de cette curieuse affection et, frappé par cette ressemblance, évoque une origine pathogénique commune. Il précisera celle-ci dans une nouvelle communication à cette Société 5 ans plus tard. On peut donc lui attribuer la paternité de cette affection, tout au moins du point de vue histologique. En effet, la tumeur décrite par James PAGET en 1851 paraît, tant par son siège à la lèvre supérieure, que par sa morphologie s'apparenter à une tumeur mixte.

Il en va de même pour les observations de HUMPHRY en 1880 et de P. MASSON en 1909.

Par contre, Maurice LETULLE en 1908, sous le terme de "Kyste séro-albumineux congénital de la lèvre" paraît bien décrire l'affection qui nous intéresse. Il lui attribue également le terme d'"Embryome connectif."

En 1927, BAILLIS décrit un nouveau cas dont la morphologie est tout à fait identique aux précédents.

Plus tard, en 1935, GINZBERG consacre sa thèse à ce sujet, thèse inspirée par le Professeur DECHAUME et dont l'étude histologique est réalisée par Mademoiselle DOBKEVITCH.

Ces auteurs confirment également la structure de ce kyste, ses rapports avec les grenouillettes du plancher de la bouche et envisagent les différentes théories pathogéniques possibles sans pouvoir trancher le problème. Ils font de plus état des travaux antérieurs des auteurs américains SPEIZE et SVILLERN qui décrivent l'affection en 1917 sous le nom de "Kystes muqueux de la lèvre inférieure."

SUTTON en 1918, affirme quant à lui l'origine rétentionnelle de ces kystes puisqu'ils les dénomment "Rétention cyst of the mucous membrane of the lip."

En 1926, l'HIRONDEL et GORNOUEC, dans la Revue de Stomatologie, après avoir bien regretté le peu d'importance accordée à la description de cette tumeur dans les divers traités, décrivent un cas dont l'étude histologique a été pratiquée par le Docteur CIVATTE.

Par la suite, on ne retrouve que peu de publications portant sur ce sujet, quelques cas sont signalés dans la littérature, principalement américaine :

HECHT 1931 - "Retention cyst of the lip"

OBIGIO E. et ANGEL - "Kystes muqueux des lèvres" dans la Revista odontologica, Buenos-Aires, 1933.

Plus près de nous, en 1956, NIKOLOWSKI de l'Ecole de GOTTRON, donne une description très minutieuse de l'aspect histologique de ces tumeurs. Son étude portant sur 7 observations est très complète, détaillant non seulement la morphologie du kyste, mais également celle du tissu conjonctif et des glandes salivaires du voisinage.

ORMEA et P.A. PORIZO de Turin, dans une communication faite dans le Journal de Médecine de Lyon en 1960, précisent ce travail dont ils en adoptent les vues; leur étude porte sur 20 cas.

Enfin, il convient de citer dans cette historique la thèse de BILLET inspirée par MM. DELAIRE J. et KERNEIS J.P., thèse qui, bien que portant sur les grenouillettes, a sa place ici, car les auteurs n'établissent aucune distinction entre les grenouillettes sublinguales et les kystes muqueux de la lèvre inférieure.

Nous voyons donc la grande intrication qui existe entre ces deux affections, si bien qu'il nous faut citer les travaux les plus importants ayant trait aux grenouillettes sublinguales et dont la publication a permis de marquer des étapes dans les différentes interprétations pathogéniques.

Sans remonter jusqu'aux descriptions d'HIPPOCRATE, CELSIUS et ALBUCASIS, non plus qu'à celles d'Ambroise PARRE pour qui il s'agissait d'"un amas de matière pituiteuse, froide, humide et visqueuse appendu du cerveau sous la langue", il faut cependant noter la première description histologique de ROBIN. Pour IMBERT et JEAMBRAU, l'origine congénitale ne faisait aucun doute mais par contre, restait à préciser le point de départ de cette dysembryoplasie. CUNEO et VEAU l'attribuaient à un reliquat du sillon paralingual externe. COTTALORDA invoquait la possibilité d'une fonte du tissu conjonctif embryonnaire.

A la suite de ces travaux, la plupart des auteurs français qui se sont intéressés au sujet lui ont donc attribué une origine congénitale et, ceci même pour ceux qui reconnaissaient l'identité morphologique avec les kystes de la lèvre (DECHAUME). Il s'agissait donc dans l'esprit de ces auteurs de deux affections de morphologie semblable mais d'origine différente.

A l'opposé, pour SUZANNE, HIPPEL ainsi que pour LECENE, l'origine congénitale acquise à partir des glandes salivaires muqueuses du voisinage ne faisait aucun doute : parmi les auteurs

modernes ces théories se retrouveront principalement chez les anglo-saxons.

Pour ces auteurs, à l'exception de quelques uns (THOMPSON James) cette différence entre kyste muqueux et grenouillette n'est pas reconnue et la plupart des travaux envisagent en commun la pathogénie des "mucocèles".

BRUNNER H., 1949 - BAILEY H., 1931 - BLAIR, 1923 - BOLDEN T.E., 1957 - HITCHIN A.D., 1946.

*
* *

G E N E R A L I T E S C L I N I Q U E S

Bien que nous n'envisageons ici que l'aspect histologique de ces kystes, nous devons toutefois en préciser quelques généralités cliniques, ne serait-ce que pour mieux les situer. Nous ne ferons d'ailleurs que rapporter les descriptions retrouvées dans la littérature; elles sont toutes parfaitement identiques, conférant ainsi à cette affection une définition macroscopique.

Il s'agit, dans tous les cas relevés, d'une petite tumeur de taille variant d'un petit pois à une cerise, soulevant la muqueuse de la face interne de la lèvre, sans l'ulcérer et réalisant un aspect semi-hémisphérique. Beaucoup d'auteurs ont signalé son aspect bleuâtre. Son siège est également très caractéristique. Dans la grande majorité des cas elle est située au niveau de la lèvre inférieure, le plus souvent en regard de la canine, aussi bien à droite qu'à gauche. Bien que, le plus souvent, elle soit unique, des kystes multiples ont été décrits affectant dans l'ensemble une disposition particulière : de petits kystes entourant ou recouvrant un principal.

- A la palpation, elle apparaît d'une consistance élastique d'une certaine fermeté, sans être dure, et entièrement homogène. Elle se laisse facilement mobiliser par rapport au plan profond.

- Sa ponction, qui nécessite une aiguille de diamètre important, ramène un liquide visqueux, épais et filant.

- Les circonstances d'apparition sont peu caractéristiques; tous les auteurs s'accordent cependant pour reconnaître la lenteur d'apparition ou du moins la lenteur de croissance. En

effet, il est difficile de préciser le début de l'affection, car à son stade initial, la tumeur n'est pas perçue par le malade. Il existe le plus souvent, un délai variant entre 15 jours et quelques mois, entre cette première manifestation et le moment où le volume de la tumeur, gênant son porteur, l'amène à consulter.

- Parmi les données étiologiques, les notions d'âge et de sexe sont très variables et d'ailleurs peu intéressantes. Par contre, la fréquence du traumatisme invoqué lors de leur apparition, peut donner des indications pathogéniques. Depuis BAILLIS, en effet, beaucoup d'auteurs ont confirmé cette notion de traumatisme déclanchant. Ces tumeurs apparaissent souvent en regard d'un appareil dentaire. De plus, leur siège fréquent au niveau de la canine vient renforcer cette donnée. Enfin, certains auteurs, au nombre desquels il faut citer DECHAUME, ont observé l'apparition de cette tumeur après ablation chirurgicale d'un fibrome et ceci, dans le voisinage de la cicatrice.

Le traumatisme joue donc un rôle important; cependant la situation de ces kystes fait qu'ils sont souvent très exposés à la morsure et il est ainsi difficile de savoir si cette morsure en est la cause ou le résultat.

Il faut signaler que la rupture par morsure, ou même la ponction ou même encore l'incision, n'entraînent qu'une guérison transitoire, la récidive se produisant à plus ou moins bref délai.

Tous ces caractères rendent leur reconnaissance clinique facile, si bien que le diagnostic différentiel se pose peu.

Il est néanmoins classique de leur opposer :

- Les tumeurs mixtes, dont la consistance est cependant plus irrégulière et plus dure, et dont le siège habituel est à la lèvre supérieure.

- Les adénomes qui soulèvent la muqueuse en petites saillies granuleuses pouvant former un véritable bourrelet.

- Les lipomes qui sont généralement d'un volume plus considérable et de consistance pâteuse.

- Enfin, les angiomes dont la coloration bleutée pourrait prêter à confusion, mais leur limitation est moins nette et ils augmentent de volume à l'effort.

Le diagnostic avec un épithélioma ne se pose généralement pas. C'est d'ailleurs là une des raisons du petit nombre d'examens histologiques réclamés pour ce kyste.

Ces caractéristiques morphologiques leur confèrent non seulement leur individualité mais également les rapprochent des grenouillettes sublinguales pour lesquelles on retrouve la même consistance élastique, la même intégrité de l'épithélium de recouvrement, la même coloration bleuâtre, le même contenu visqueux et enfin, la même tendance à la récidive.

*
* *

O B S E R V A T I O N S

Nos préparations histologiques sont de provenances diverses :

- La première correspond à un malade du Centre L. BERARD à Lyon,

- Les quatre autres ont été adressées à titre privé au Docteur FEROLDI.

Ces petites tumeurs ont été prélevées devant la gêne qu'elles entraînaient et les pièces ont été fixées par le liquide de Boin. Il a été pratiqué sur chacune de ces coupes cinq colorations différentes :

- 1 coloration habituelle (éosine, safran, hémalun);

- 1 imprégnation argentique de la réticuline, selon la méthode de G.F. LAIDLAW;

- 1 coloration par la méthode P.A.S. de Mc. MANUS;

- 1 coloration par le Muci-Carmin selon la préparation de P. MASSON.

Enfin, une coupe après congélation a été colorée dans le but de rechercher les graisses; celles-ci d'ailleurs n'ont pu être mises en évidence.

1re observation n° 748 B - C.A.C.

On observe entre une muqueuse malpighienne normale bien que légèrement hyperplasique et une groupe de glandes séro-muqueuses, au sein d'un chorion peu modifié, une formation kystique aplatie.

Par endroit des suffusions hémorragiques se prolongent dans l'épaisseur de ce kyste.

Sa paroi s'individualise nettement en deux couches :

- Une couche externe : véritable capsule fibreuse,

- Une couche interne : composée d'un tissu cellulaire lâche. Au centre : un magma comprenant une masse anhiste, du sang et quelques détritus cellulaires.

Une étude plus poussée montre :

Une couche externe très peu cellulaire faite essentiellement d'épais faisceaux de collagène se continuant progressivement en dehors avec le conjonctif environnant. La coloration trichromique de Masson, confirme l'existence du collagène qui apparaît d'un bleu intense.

Vers le centre, à la limite de la couche interne, se développe un réseau assez dense de capillaires dilatés contenant des amas d'hématies.

La couche interne est constituée par la juxtaposition lâche de cellules allongées, rameuses, à limite protoplasmique peu distincte; leur noyau est également allongé à chromatine dense.

Cette disposition ménage de nombreux interstices dont certains apparaissent optiquement vides.

De plus les mailles de ce tissu contiennent des cellules

rondes de volume nettement plus élevé que les précédentes, le protoplasma apparaît finement vacuolaire, granuleux. Aucune de ces vacuoles n'est colorée par le muci carmin et seules quelques unes d'entres elles prennent une coloration rose violacée avec le PAS. Leur noyau est également rond, volumineux, clair; la chromatine est condensée en 1 ou 2 masses. Ces cellules sont d'autant plus nombreuses qu'on se dirige vers la cavité centrale.

On distingue de plus à l'interieur des mailles quelques lymphocytes et une cellule géante a été notée à la jonction entre couche interne et externe.

Enfin la réticuline montre l'existence de fines travées devenant de plus en plus évidentes à la périphérie où elles se raccordent à la paroi externe. Elles dessinent de plus dans cette zone la paroi de nombreux capillaires.

Le contenu central donne l'aspect d'une masse anhiste ésosinophile ne prenant pas le muci carmin dans son ensemble; seules quelques rares traces de matériel muci carmin + peuvent être notées.

- La coloration de Mac Manus met en évidence quelques petites masses sphériques de matière se teintant en rose violacé.

- On retrouve également à côté de nombreux amas d'hématies et de quelques lymphocytes, la présence de ces cellules rondes hydropiques précédemment notées à l'intérieur de la paroi.

Les glandes salivaires voisines. - Dans leur ensemble paraissent normales, les tubes glandulaires comprenant en majorité des cellules muqueuses colorées en rose par le muci carmin et en rouge vif par le PAS. Ils apparaissent de forme et de dimensions normales. Par endroit, on observe la confluence de 2 ou 3 de ces tubes sécréteurs, comme cela est fréquent au niveau des glandes

salivaires. Les tubes excréteurs sont également normaux sans dilatation. Leur épithélium de revêtement est cubique. Il n'existe aucun amas leucocytaires dans le conjonctif environnant. Tous ces tubes sont bordés par une mince basale bien dessinée par les imprégnations de la réticuline.

*
* *

2e observation n° 17094 - J.F.

La muqueuse malpighienne est normale dans son ensemble, ulcérée cependant par place, mettant à nu le chorion sous-jacent.

Celui-ci est le siège d'une inflammation riche en polynucléaires particulièrement importante en regard des ulcérations.

Le kyste affaissé est toujours constitué par une paroi à 2 couches. La couche externe apparaît ici moins nettement, des traînées de polynucléaires dissociant les faisceaux de collagène.

La couche interne présente une structure identique à celle du cas précédent. Néanmoins ici les cellules rameuses ont une orientation générale, leur grand axe est perpendiculaire à la lumière. De plus, par endroit, en bordure de cette lumière, elles se disposent en une couche endothéliforme. Ici également présence de cellules rondes d'aspect hydropique; leur affinités tinctoriales sont identiques, refusant le muci-carmin et n'acceptant le PAS que dans certaines de leurs vacuoles.

Les glandes salivaires paraissent également normales.

*
* *

3e observation n° 19671 - J.F.

La muqueuse est normale.

Au-dessous, presque immédiatement à son contact, séparé seulement par une mince couche de conjonctif plus dense, siège le kyste.

Il n'y a pas de glandes salivaires sur la préparation.

Le kyste est allongé, aplati, les parois arrivant presque au contact l'une de l'autre.

La paroi est également constituée de 2 couches : l'externe fibreuse; l'interne cellulaire, identique aux précédentes, est bordée du côté de la lumière, sur presque toute son étendue, par une couche de cellules aplaties, endothéliformes, mais dont l'aspect général est semblable à celui des cellules plus profondes.

On retrouve les mêmes cellules rondes à cytoplasme vacuolaire et leurs affinités tinctoriales sont identiques. Elles sont accompagnées de quelques lymphocytes.

*
* *

4e observation n° 20.387 - J.F.

Muqueuse malpighienne normale, abrasée en partie.

Le chorion peu modifié contient un kyste, aplati, présentant un prolongement s'enfonçant en profondeur entre 2 lobules de glandes salivaires.

La paroi du kyste est identique à celle des cas précédents.

La couche externe, fibreuse, d'épaisseur moindre que dans le premier cas, est cependant bien dessinée par le Trichrome de

Masson. A la limite de la couche interne, on retrouve également la présence de nombreux capillaires sanguins, allongés.

Cette couche interne est toujours constituée par les mêmes cellules allongées et rameuses, contenant dans les mailles, qu'elles dessinent, des lympho et des cellules rondes. Elle présente cependant la particularité d'être bordée du côté de la lumière et sur une faible partie de sa circonférence par une muqueuse malpighienne. Celle-ci est parfaitement bien constituée avec son assise génératrice, ses ponts inter-cellulaires; elle est de plus le siège d'une inflammation à polynucléaires. Dans son voisinage immédiat on aperçoit une cellule géante.

Les différentes colorations spéciales donnent les mêmes résultats que précédemment.

Les glandes salivaires sont le siège de modifications. A côté de lobules glandulaires normaux, on observe des lobules dont le tissu conjonctif de liaison disposé entre les tubes sécréteurs et autour des canaux excréteurs est envahi et en quelque sorte dissocié par une masse anhiste légèrement éosinophile, prenant le muci-carmin et le PAS.

L'étude attentive des tubes sécréteurs dans cette région a pu montrer en de rares points, la rupture de la basale entourant ces tubes et le passage du contenu dans les espaces conjonctifs environnants. La coloration de la réticuline dessine très nettement cette rupture.

Par contre, il n'existe pas de dilatation des canaux excréteurs qui ont conservé un épithélium de revêtement normal. On ne retrouve pas d'envahissement leucocytaire.

*
* *

5e observation n° 15515 - I.P.

On ne retrouve pas d'épithélium buccal sur la préparation.

La paroi kystique est rompue en de nombreux points, si bien qu'elle n'est représentée ici que par des fragments où sont accolés des lobules de glandes salivaires.

La paroi présente son aspect habituel; il faut cependant noter que la couche interne apparaît plus dense et plus riche en cellules. Celles-ci donnent l'impression d'être tassées les unes contre les autres, elles sont aplaties et orientées parallèlement à la lumière de la cavité.

Très rapidement dans cette paroi apparaissent des fibres collagènes.

Au niveau des glandes salivaires on observe : une dilatation des conduits excréteurs qui apparaissent plus nombreux.

Les canaux excréteurs inter-lobaires ont un épithélium aplati, leur paroi externe est longée par des amas leucocytaires.

Le tissu conjonctif de liaison présente également des phénomènes de dégénérescence tout à fait identiques à ceux observés par DELAIRE et KERNEIS, et dénommés "dégénérescence myxomateuse et oedémateuse."

- Par endroit ces traînées de dégénérescence rejoignent la paroi kystique.

- De plus, par place les tubes glandulaires sont également le siège de processus de désintégration; ils semblent se lyser; leur contenu se répand entre les fibres du conjonctif environnant et même dans les masses précédemment décrites. Sur les préparations colorées selon la méthode de Mac Manus, les tubes muqueux sont entourés d'une masse anhiste colorée par des traînées rouges; comme si leur contenu se répandait par diffusion aux alentours.

- En un endroit de la préparation on observe une zone où la destruction glandulaire est particulièrement avancée. Cette zone se continue sans transition avec la paroi kystique qui ici a repris son aspect habituel avec ses cellules allongées, délimitant des larges espaces intercellulaires.

Dans cette zone de destruction, des lobules glandulaires sont épars au milieu de la substance myxoïde; ils sont le plus souvent réduits à un groupe de 5 à 6 tubes glandulaires. Les barrières de réticuline sont rompues, laissant s'échapper du matériel PAS +. Par place même on observe des boules anhistes de matériel PAS+, généralement groupées autour de noyaux deshabités. Plus loin, existent des espaces circulaires de la taille d'un tube glandulaire entouré d'une barrière de réticuline, la masse anhiste environnante est teintée par le PAS. Mais ces espaces sont optiquement vides, comme s'ils avaient été vidés de leurs cellules.

Dans les acini en voie de dégénérescence, les cellules ont perdu leur aspect habituel. Elles sont augmentées de volume, rondes, hydropiques, leur noyau est central et également plus volumineux - la chromatine est condensée en mottes.

*
* *

E T U D E A N A T O M I Q U E

CONSTATATIONS CLASSIQUES

Nous rappelerons d'abord l'ensemble des constatations classiques pour le comparer par la suite à nos propres observations.

Là, comme dans tout autre chapitre d'Anatomie Pathologique, la simple description des lésions est loin d'être identique chez tous les auteurs. Cette discordance peut être attribuée à deux raisons principales :

1° Les aspects morphologiques diffèrent selon la phase de l'évolution à laquelle ils sont observés;

2° Les différentes conceptions pathogéniques vont entraîner des variations dans l'appellation des organes modifiés.

Malgré ces différences, on retrouve dans toutes ces descriptions un aspect général portant tant sur la situation de ces kystes que sur leur structure.

Ils sont situés constamment au-dessous d'une muqueuse normale, bien que parfois légèrement hyperplasique ou dyskératosique (NIKOLOWSKI). L'ulcération de cette muqueuse est fréquemment notée mais tous les auteurs sont unanimes pour reconnaître là une origine traumatique. Le voisinage des glandes salivaires est également toujours retrouvé.

Leur structure générale est aussi identique. Ces kystes sont constitués d'une paroi entourant une masse centrale anhiste, contenant des débris cellulaires, quelques lymphocytes, des amas d'hématies, et présentant parfois, par place, des phénomènes

méta-chromatiques (LECENE - NIKOLOWSKI) ce qui a laissé penser que ce contenu central représentait du mucus. DECHAUME et Mlle DOBKEVITCH constatent que dans quelques cas, cette masse était colorée par le muci-carmin. Leur forme est grossièrement sphérique, n'apparaissant bien, sur les coupes, que si la fixation a été pratiquée sans incision préalable sur le kyste en entier. La paroi elle même, se compose pour tous les auteurs de deux portions : 1 portion externe, pour laquelle il existe peu de discussions, représentée par d'épaisses fibres conjonctives, tassées les unes contre les autres; cette portion est peu cellulaire et représente en quelque sorte"une véritable coque fibreuse" (LETULLE). La portion interne est plus variable, mais, dans l'ensemble, beaucoup plus cellulaire et c'est sur elle que portent principalement les divergences de description. Pour certains auteurs, il existerait même une troisième couche représentée par un épithélium de bordure; il s'agirait alors d'un véritable kyste.

Tous les auteurs insistent également sur la richesse de la vascularisation prédominant au niveau de la jonction couche externe couche interne.

Ainsi apparaissent plusieurs points de discussion : l'existence d'un épithélium bordant la cavité, la structure de la couche interne de la paroi du kyste; l'état des glandes et du tissu conjonctif de voisinage.

1. L'existence d'un épithélium de recouvrement était déjà niée par LECENE; pour cet auteur, l'épithélium était constamment absent. Dans sa thèse, GINZBERG envisage la possibilité de la présence de cet épithélium, puisqu'il divise son étude en deux parties : les kystes vrais, les pseudo-kystes. Néanmoins, dans ses observations personnelles, il ne retrouve jamais une barrière épithéliale vraie, tout au plus, signale-t-il l'existence

"en qualques points d'une couche d'éléments pluristratifiés, dont la nature épithéliale pavimenteuse pourrait être discutée. Il semble qu'il s'agisse, soit d'une organisation épithéloïde inflammatoire, soit de l'épithélium des canaux sécréteurs rompus." Cet aspect pseudo-épithélial est également signalé par d'autres auteurs (L'HIRONDEL et GOURNOUEC). Toutefois, NIKOLOWSKI décrit une observation dans laquelle on retrouve côte à côte deux kystes, l'un bordé par "un épithélium pluristratifié, cylindrique, porteur d'une bordure brillante et dans lequel on retrouve de part et d'autre, des cellules caliciformes", l'autre est tapissé d'"un épithélium pluristratifié non kératinisé". L'auteur, cependant, attribue une origine différente à chacun de ces kystes : le premier proviendrait d'une hétérotopie, le deuxième d'une inclusion traumatique de la muqueuse buccale. L'opinion de M. KERNEIS, dans la thèse de J. BILLET, est plus nuancée et 3 aspects peuvent être rencontrés, de fréquence très différente :

a) L'épithélium n'est pratiquement jamais continu.

b) Le plus souvent, on ne retrouve que quelques reliquats épithéliaux.

c) Parfois ces derniers sont totalement absents. Ces auteurs font ainsi état, non seulement de leurs propres observations, mais également des descriptions données par les auteurs américains (NATHANSON et QUINN 1952 - MANDEL et BAURMARSH 1957) dont les travaux portent, il est vrai, sur des grenouillettes sublinguales.

2. La structure de la couche interne de la paroi a donné lieu à un certain nombre de discussions. Cependant, la plupart des auteurs s'accordent à reconnaître l'existence, au sein de cette couche interne, de deux populations cellulaires différentes.

D'une part, il existe une catégorie de cellules prédominantes par leur nombre qui, selon le cas, et selon les interprétations pathogéniques, seront décrites de façon différente. Pour LECENE, elles ont un aspect proche de celui des lymphocytes; pour LETULLE "elles offrent le caractère des éléments interstitiels des embryons; GINZBERG et DECHAUME voient là un tissu de granulation, abondamment vasculaire, riche en fibroblastes et infiltré de lymphocytes; pour NIKOLOWSKI, il s'agit également de banales cellules conjonctives de tissu de granulation.

Ces cellules en quelque sorte fondamentales, ménagent entre elles des espaces où s'interposent une autre population cellulaire assez caractéristique par la vacuolisation de son protoplasme, le volume de son noyau et l'aspect sphérique de ces deux éléments. Déjà LECENE signale leur existence, les comparant à des monocytes. Pour l'HIRONDEL et GOURNOUEC, elles possèdent l'apparence spongieuse et granuleuse des cellules sécrétantes des glandes salivaires. NIKOLOWSKI signale aussi ces grosses cellules à l'aspect "regonflé". Enfin, PORIZO et ORMEA retrouvant ces cellules, leur attribuent une double origine.

Celles qui se trouvent à l'intérieur du tissu de granulation, représenteraient des histiocytes gorgés de mucus, alors que celles contenues à l'intérieur de la substance centrale, seraient de ces cellules épithéliales tombées de la paroi glandulaire.

3. Les modifications des glandes salivaires de voisinage ne semblent pas avoir frappé les premiers auteurs. LECENE les décrète intactes, DECHAUME note qu'elles sont peu altérées et qu'en particulier, il n'existe pas d'inflammation péricanalaire. Par contre, NIKOLOWSKI constate que si certaines glandes sont normales, d'autres possèdent des canaux excréteurs élargis à re-

vêtement épithélial modifié. Pour ORMEA et PORIZO, cette altération est fréquente, pour KERNEIS elle est constante.

De plus, ces derniers auteurs, également à la suite des travaux des auteurs américains (H. BRUNNER, HAMILTON, BAILEY, COLYER et SPRAWSON) font grand cas des modifications du tissu conjonctif de voisinage.

Il s'agit d'une dégénérescence myxomateuse et oedémateuse du tissu interstitiel intéracineux. Cette notion d'atteinte du tissu conjonctif environnant était déjà très nettement signalée par LECENE : "Le conjonctif est atteint d'une dégénérescence curieuse avec vacuolisation des cellules et formation de mucus entre celles-ci." Pour lui, c'est cette dégénérescence du tissu conjonctif qui est responsable de la formation des pseudo-kystes. NIKOLOWSKI signale lui, non pas une dégénérescence du conjonctif à proprement parler, mais une simple infiltration de celui-ci par le mucus provenant d'acini rompus, pouvant parfois envahir toute la lèvre inférieure et réaliser ainsi ce que GOTTRON appelle la "dégénérescence mucoïde de la lèvre inférieure".

En résumé :

- En ce qui concerne l'épithélium de bordure, il existe 2 possibilités :

* Soit, il est totalement absent, laissant ainsi supposer qu'il n'a jamais existé.

* Soit, on le retrouve de façon plus ou moins importante, laissant ainsi supposer qu'il s'agissait au départ d'un véritable kyste dont l'épithélium a subi une dégénérescence progressive.

- Pour la constitution de la paroi interne, il existe également 2 possibilités. Elle est formée soit, de cellules conjonc-

tives embryonnaires, soit, d'un tissu de granulation; il s'agit alors dans ce cas d'une lésion acquise.

- Quant aux cellules regonflées ou spumeuses, elles peuvent correspondre :

* Soit à des histiocytes gorgés de mucus.

* Soit à des cellules des tubes sécréteurs ou excréteurs ayant quitté la paroi.

- Enfin, les glandes salivaires sont :

* Soit constamment intactes.

* Soit en partie altérées et là, les modifications peuvent être de deux sortes, soit simple distension canalaire, soit rupture acineuse.

*
* *

NOS OBSERVATIONS PERSONNELLES

Elles sont tout à fait en accord avec les descriptions classiques, tout au moins pour les points indiscutés.

- La situation est identique.

- La muqueuse buccale est le plus souvent normale, en dehors des cas d'ouverture par morsure, elle peut être légèrement hyperplasique.

- La présence des glandes de voisinage est également constante sauf sur une coupe, mais il y a tout lieu de penser que le prélèvement a été, dans ce cas, insuffisant.

L'aspect général correspond dans ses grandes lignes aux données classiques :

- La lésion est entièrement enveloppée par une coque fibreuse faite de lames conjonctives, serrées et concentriques. Aux confins des deux couches interne et externe on est frappé par la particulière richesse vasculaire.

- La cavité centrale contient une masse amorphe, des amas d'hématies et quelques détritus cellulaires. Par contre, cette masse centrale ne se colore pas par le muci carmin et seules quelques globules prennent une coloration rosée au P.A.S.; donc, contrairement à LECENE et à NIKOLOWSKI, qui voient dans cette masse centrale un amas de mucus car elle est le siège de phénomènes métachromatiques, nous ne pouvons la considérer que comme étant tout au plus mucoïde.

Sur les points qui prêtent à discussion :

Nous constatons l'absence constante d'épithélium, sauf dans un cas où la cavité est bordée par un épithélium malpighien caractéristique. Cependant, le fait que ce fragment d'épithélium soit en regard d'une ulcération de la muqueuse buccale et qu'il soit le siège d'une inflammation à polynucléaires, nous porte à croire qu'il s'agit là d'une inclusion traumatique.

La constitution de la couche interne de la paroi varie quelque peu d'un cas à l'autre. Dans l'ensemble, elle donne l'impression générale d'un tissu de granulation dont les éléments possèdent le caractère des fibroblastes : cellules rameuses, allongées, à noyau ovale. Ils sont disposés de façon lâche, dans certains cas, alors qu'à l'opposé, dans d'autres cas, ils sont disposés les uns contre les autres. La première forme semblerait appartenir à une paroi en formation; la deuxième à une paroi déjà vieillie; les deux aspects pouvant d'ailleurs s'observer à l'intérieur d'un même kyste.

Les éléments cellulaires vacuolaires "regonflés" sont également constatés dans nos observations. Leur fréquence apparaît d'ailleurs beaucoup plus importante dans les parois d'allure jeune. Il nous semble qu'ils sont de même nature, que leur siège, soit intrapariétal, ou au sein de la masse centrale, car on observe le passage de l'un à l'autre. De plus, nous avons été frappé dans une de nos observations (n° 5) par la ressemblance existant entre ces cellules spumeuses et les cellules des tubes sécréteurs en voie de destruction; elles possèdent les mêmes dimensions, le même aspect sphérique, hydropique tant au niveau du protoplasme que du noyau. Au niveau du protoplasme, on pourrait être étonné de l'absence de matériel coloré par le P.A.S., mais cette absence est également constatée au niveau des cellules glandulaires en voie de dégénérescence. Tout se passe

comme si la substance muqueuse avait abandonné la cellule pour diffuser dans les espaces interacineux. Les noyaux sont également très semblables avec leur chromatine condensée en motte. La ressemblance est telle qu'il nous paraît vraisemblable d'admettre l'origine glandulaire de ces éléments.

Les modifications des glandes sur deux préparations (n° 4 et 5) nous sont apparues indiscutables. Elles portaient à la fois sur les canaux qui sont dilatés et entourés d'amas leucocytaires, et sur les tubes sécréteurs où nous avons pu mettre en évidence une rupture de la barrière réticulinique, une rupture très nettement visible, avec émission en dehors, dans le conjonctif environnant, de mucus. Toutefois, dans deux cas, les glandes apparaissaient strictement normales.

Le conjonctif environnant sur les deux préparations comportant une atteinte glandulaire, est très largement infiltré, les colorations par la technique de Mac Manus montrent que cette infiltration, d'abord fortement colorée en rouge, au niveau de la rupture acineuse, devient de plus en plus claire au fur et à mesure de son éloignement.

Il y a tout lieu de penser que la sécrétion a subi des transformations enzymatiques. Enfin, on observe des modifications tout à fait identiques à celles signalées par KERNEIS, sous le nom de "dégénérescence myxomateuse".

*
* *

COMPARAISON DE CES KYSTES MUQUEUX DE LA LEVRE INFERIEURE ET DES GRENOUILLETTES SUBLINGUALES

Comme nous l'avons déjà vu, il existe une grande ressemblance des points de vue clinique, évolutif et macroscopique. Cette ressemblance se confirme également du point de vue microscopique; signalée par LECENE, elle a été confirmée par la majorité des auteurs, et pour Messieurs KERNEIS et DELAIRE, l'identité est si complète qu'ils étudient les deux affections globalement. Ils y adjoignent tous les mucocèles qui peuvent se rencontrer au niveau de la muqueuse buccale comme au niveau du canal lacrimal, ceux-ci prenant le nom de Dacryops. Bien que nous même, nous n'ayons pas observé des grenouillettes sublinguales, nous devons reconnaître que nos observations sont tout à fait identiques aux descriptions des ranules relevées dans la littérature.

- La situation est semblable : au-dessous d'une muqueuse le plus souvent saine et au voisinage immédiat des glandes séro-muqueuses.

- La constitution de la paroi du kyste est identique dans ses lignes générales avec ses deux couches, l'une externe purement fibreuse, l'autre interne plus cellulaire, constituée par des fibroblastes à disposition aérée et au sein de laquelle on retrouve des cellules spumeuses.

*
* *

PATHOGENIE ET HISTOGENESE

L'étroite ressemblance de ces deux affections permet dans une certaine mesure d'éclaircir la pathogénie des Grenouillettes sublinguales. Elle représente en effet un argument de poids pour éliminer une des théories en présence :

1° La théorie dysembryoplasique

Celle-ci soutenue principalement par IMBERT et JEAMBRAU, a pendant longtemps fait prime dans les travaux français. Elle reposait principalement sur des arguments cliniques et évolutifs :

- Les récidives sont fréquentes après simple incision et l'ablation est presque constamment nécessaire pour réaliser la guérison.

- Ses connections anatomiques la situent le long des éléments appartenant au 2e arc branchial.

- Les images histologiques et principalement la structure de la couche interne permettraient à beaucoup d'auteurs de voir là un tissu rappelant les éléments interstitiels de l'embyron. THOMPSON avait été frappé par l'analogie existant entre cette couche interne et le tissu bordant les fistules congénitales du cou.

- Enfin, ces auteurs pensaient trouver un argument dans le fait que ces ranules contenaient un produit différent de la salive.

Si cette théorie dysembryoplasique a eu la faveur des auteurs français travaillant à la suite d'IMBERT et JEANBRAU, le point de départ de la dysembryoplasie a par contre donné lieu à

de nombreuses discussions : à côté des dérivés branchiaux furent tenus comme responsables, successivement, une bourse séreuse sublinguale (FLEISCHMANN et TILLAUX) des débris du sillon paralingual externe (CUNEO et VEAU), certains organes paradentaires (GUIBE), le canal thyreoglosse (NEUMANN) et l'organe d'Ackerknecht (TAILLENS).

Actuellement peu d'auteurs retiennent cette origine : la ressemblance avec les autres kystes muqueux de la cavité buccale et, notamment avec les kystes muqueux de la lèvre inférieure vient s'inscrire contre cette théorie. Il est en effet impossible d'invoquer la présence d'une des formations précédentes, au niveau de la lèvre inférieure. De plus, il est difficile d'invoquer dans cette région d'embryogénèse simple la possibilité d'une inclusion susceptible d'un réveil ultérieur. Enfin, cette inclusion ne peut être qu'à destinée glandulaire et nous retombons ainsi dans les théories de l'origine glandulaire.

2° En effet, l'origine acquise de ces kystes, à partir des glandes muqueuses accessoires contenues dans la cavité buccale paraît plus probable.

Les arguments sont essentiellement d'ordre histologique et reposent sur la situation constamment préglandulaire de ces kystes, la fréquence des lésions de ces glandes et enfin sur le fait qu'une portion de la paroi même du kyste est constituée par ces glandes pathologiques. A noter que la différence de nature entre le contenu du kyste et la salive ne peut représenter un argument valable contre cette théorie glandulaire : les kystes pouvant se développer uniquement aux dépends des acini muqueux et, d'autre part, le mucus pouvant subir des transformations.

Si l'origine acquise paraît actuellement avoir la faveur des auteurs, il n'en reste pas moins que l'histogénèse de ces

kystes, à partir des glandes, laisse persister des problèmes. Le kyste est-il le résultat de la dilatation d'un canal excréteur avec ultérieurement disparition de l'épithélium? ou s'agit-il d'un pseudo-kyste, par fonte du tissu conjonctif, ou même d'une portion glandulaire?

La première hypothèse correspond à la théorie rétentionnelle exprimée par Von HIPPEL. Pour cet auteur le point de départ de la lésion consiste en une prolifération du tissu conjonctif interacineux et interalvéolaire avec accumulation de lymphocytes autour des petits canaux excréteurs; ceci entraîne une compression canalaire; il y a alors rétention dans ces conduits et dilatation compensatrice; finalement les canaux dilatés se fusionnent et le kyste se forme.

Cette théorie a été reprise et complétée par MINTZ, puis par les auteurs anglo-saxons BOOKMAN, BERGER, THOMA et plus près de nous par le français MASSE. En effet, certains détails d'histogénèse restaient à préciser et en premier lieu il faut déterminer quelle est la cause de cette obturation canalaire? Les possibilités sont nombreuses mais aucune ne peut être affirmée : il peut s'agir soit d'une desquamation épithéliale, soit d'une formation d'un bouchon muqueux, soit encore d'un rétrécissement inflammatoire d'un canal.

Quel est le processus de destruction de l'épithélium? : soit simple défaut de vascularisation, soit processus infectieux.

Quelle est la raison de ce tissu de granulation? : S'agit-il d'un processus de lutte contre un facteur infectieux inconnu; ou s'agit-il d'une réaction tissulaire secondaire à la disparition de l'épithélium.

Enfin, quel est l'agent causal? Là, tout au plus, peut-on

constater des amas leucocytaires péricanalaires plaidant en faveur d'un agent infectieux.

Néanmoins, cette théorie rétentionnelle a pour elle le fait d'être déjà retenue dans la pathogénie d'autres kystes formés aux dépens de glandes : les kystes du sein.

Sa plus grande lacune, à notre avis, réside dans l'absence d'images intermédiaires qui devraient nécessairement apparaître lors de la formation de ces kystes. En effet, contrairement aux descriptions de Von HIPPEL et en accord avec la plupart des auteurs, nous n'avons pas retrouvé de micro-kystes représentant les stades intermédiaires.

La théorie dystrophique a été envisagée pour la première fois par SUZANNE dans sa thèse. Cet auteur voyait en effet le tissu conjonctif interacineux devenir moins dense, se raréfier, subissant une dégénérescence mucoïde, aboutissant à la formation d'une cavité remplie de mucus. Cette vue a été reprise par LECENE qui envisage la génèse de cette affection comme une autodigestion des glandes tout à fait analogue à celle des pseudo-kystes du pancréas. Certains auteurs modernes reprennent et précisent ces données (HAMILTON, BAILEY, COLYER, SPRAWSON).

Mais ici également persiste le problème de l'agent causal. Si l'infection peut être retenue comme étant, là aussi, à l'origine de la dégénérescence acineuse, une autre cause peut par contre être évoquée : un traumatisme ouvrant un tube secréteur ou excréteur (BOLDEN) libérant ainsi dans le tissu conjonctif interacineux des enzymes cytologiques. D'autant plus que, nous l'avons vu, le traumatisme est souvent retrouvé dans l'anamnèse des patients. Il reste cependant à expliquer l'opposition existant entre la fréquence des traumatismes de la lèvre inférieure et la rareté de ces kystes muqueux. Peut-être alors faudrait-

il faire appel à une notion de fragilité glandulaire, en rapport avec des modifications du terrain endocrinien, comme pourrait le laisser supposer l'action curatrice des antithyroïdiens sur les grenouillettes sublinguales (DEBRAY, FLEURY, BUREAU, LEQUERLEY).

Ou encore, s'agirait-il de glandes fragilisées par une malformation; nous retrouverions ici, mais sous un aspect très différent, la théorie dysembryoplasique.

Pour essayer de répondre à ces questions, certains (BILLET J.) à la suite de Cl. BERNARD ont pratiqué des expériences de ligature des canaux excréteurs ou d'écrasement du parenchyme au niveau de la glande sublinguale, chez le chien (en effet cet animal présente souvent une grenouillette spontanée, tout à fait identique morphologiquement à celle de l'homme). Ni l'une, ni l'autre de ces méthodes n'a entraîné l'apparition d'une véritable ranule.

Quoi qu'il en soit, les lésions glandulaires que nous avons observées dans deux de nos préparations nous pousseraient à envisager plutôt une interprétation dystrophique.

Nous avons en effet constaté dans ces deux cas, en plusieurs points, une ouverture dans un tube sécréteur avec rupture de la barrière réticulinique et issue de mucus dans le tissu conjonctif de voisinage. Et surtout dans l'observation n° 5 nous assistons à une véritable désintégration d'un lobule glandulaire avec : dissociation des acini par une substance mucoïde (non colorée par le P.A.S.), fuite du mucus (coloré par le P.A.S.) des cellules sécrétantes dans cette substance, transformation du mucus en cette substance P.A.S. négative et, enfin, libération des cellules acineuses qui deviennent sphériques, augmentent de volume et prennent cet aspect spumeux ou regonflé caractéristique.

On a donc réellement l'impression de saisir là, la formation de ces kystes, mais sans pouvoir deviner quel est l'agent responsable de telles modifications.

C O N C L U S I O N S

1° Nous apportons l'étude anatomique de cinq cas de kystes muqueux de la lèvre inférieure.

Ces altérations, bien connues classiquement, et qui ne sont pas sans lien de parenté avec les lésions décrites sous le nom de grenouillettes sublinguales, ont été l'objet d'une étude anatomique et pathogénique.

2° Anatomiquement, la lésion se présente sous l'aspect d'un kyste de petites dimensions, développé sur le versant muqueux de la lèvre inférieure. Ce kyste contient un liquide muqueux, filant.

Microscopiquement, l'étude de la paroi révèle l'absence de tout épithélium et l'existence d'un tissu conjonctif, peu différencié, comportant des histiocytes, des lymphocytes et quelques cellules d'aspect particulier, essentiellement vacuolaire.

Nous leur attribuons une origine acineuse.

Le tout est entouré par une coque faite d'épais faisceaux de collagène. Au contact immédiat du kyste, l'examen montre la présence de nombreuses glandes salivaires, de type séro-muqueux.

Ces glandes salivaires sont parfois normales, mais assez fréquemment on y constate différents remaniements, soit de nature inflammatoire subaiguë, soit de nature dystrophique. On est principalement frappé par l'existence de rupture acineuse avec passage d'un produit de sécrétion séro-muqueux dans le tissu interstitiel.

Enfin, morphologiquement ces kystes sont tout à fait com-

parables aux lésions décrites sous le nom de grenouillettes du plancher de la bouche.

3° L'étude pathogénique a donné lieu à différentes interprétations.

Une origine dysembryoplasique est difficile à retenir; elle n'apparait d'ailleurs soutenable que dans le cadre d'une malformation d'une glande salivaire.

L'origine salivaire est plus habituellement admise et c'est elle que nous retiendrons :

- Soit qu'il s'agisse d'une distension canalaire localisée avec ultérieurement disparition de l'épithélium.

- Soit qu'il s'agisse de phénomènes dystrophiques avec rupture acineuse, fonte du tissu conjonctif environnant et formation d'emblée d'un pseudo-kyste, qu'on pourrait à la rigueur assimiler aux pseudo-kystes pancréatiques.

Nos constatations microscopiques nous orienteraient plutôt vers cette dernière interprétation.

Vu : LE DOYEN
H. HERMANN

Vu : LE PRESIDENT DE LA THESE
A. GUICHARD

Vu et permis d'imprimer :
LYON, le 3 mars 1961
LE RECTEUR, PRESIDENT DU CONSEIL
DE L'UNIVERSITE
P. LOUIS

B I B L I O G R A P H I E

BIBLIOGRAPHIE DES KYSTES MUQUEUX DE LA LEVRE INFERIEURE

BADEN E. - Mucous cyst of the lower lip in 12 month old infant.
Journal of Oral Surgery, Chicago, oct. 1955, p. 333-6.

BAILLIS J. - Kyste de la lèvre inférieure.
Annales Anatomie Pathologique, 1927, p. 563, t. IV.

BILLET J. - Contribution à l'étude des grenouillettes.
Thèse Nantes, 1959.

BOLDEN T.E. - Pathogenesis of mucoceles.
Oral Surg. - Oral Med. - Oral Path., 1957, 10, n° 3, p. 310-312.

CORNIL et RANVIER. - Manuel d'histologie pathologique, t. IV.

COWLEY E.P., WEELER C.F. - Labial salivary glands and mucocele of the lip.
Southern Médical journal, Birmingham, mai 1959, p. 291-5.

DECHAUME et Mlle DOBKHEVITCH. - Kystes de la lèvre inférieure, grenouillettes et pseudo-kystes.
Revue de Stomatologie, 1938.

DECHAUME M; - Précis de stomatologie, Paris 1949.

DELAIRE J., KERNEIS J.P., BRUNEAU Y. - Aspects anatomo-cliniques modernes des grenouillettes.
Revue de Stomatologie, t. 58, n° 12, déc. 1957, p. 700-719.

DELAIRE J., KERNEIS J.P., BRUNEAU Y., BILLET J. - Considérations sur la pathogénie et le traitement des grenouillettes.

Revue de Stomatologie, 1959, t. 60, p. 728.

DELFINO R.A., MIERES A., MESA W.F. - Quistos mucosos del labio inferior.

Semana Médica, 8 juillet 1954, p. 59-63.

GINSBERG W.M. - Contribution à l'étude des tumeurs bénignes kystiques de la lèvre inférieure.

Thèse Paris, 1935, n° 469.

HECHT. - Retention cyst of the lip.

Am. Journal orthodontic, 1931, 25, 89.

LECENE. - Kyste de la face muqueuse de la lèvre inférieure.

Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1904, p. 757.

LECENE. - Bulletin de la Société Anatomique de Paris, 1909.

LETULLE M. - Communication sur le kyste séro-albumineux congénital des lèvres.

Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1908, p. 477.

LETULLE M. - Traité d'anatomie pathologique, Paris 1931.

LEVIN H.L. - Mucous cyst. of the lip.

US - Armed Forces Journal, sept. 56, p. 1347-56.

L'HIRONDEL et GORNOUEC. - Kyste salivaire labial, observation clinique et anatomo-pathologique d'un kyste salivaire de la lèvre inférieure.

Revue de Stomatologie, 1926, t. 28, n° 3.

NIKOLOWSKI W. - Schein cysten und sog, Schein granulome der unterlipe.

Archiv. fur Klinische und experimentalle Dermatologie, Berlin, 1956, p. 246-55.

OBLIGIO E., ANGEL. - Kystes muqueux des lèvres.
Revista ondontologica, Buenos-Aires, 1933, t. XXI, n° 3, p. 177.

ORMEA, PORIZO P.A. (Turin). - A propos des kystes muqueux de la lèvre inférieure.
Journal de médecine de Lyon 20 décembre 1960, n° 979, p. 16-15.

ROHRER. - Zur Klinik und Pathologie der Lippen Kyster.
Ergenb, d, ges, Zahnh, Munchen, 1923.

SPEIZE, SVILLERN. - Mucous cyst of the lower lip.
Internat. clin., Philadelphie, 1917.

SUTTON. - Retention cyst of the mucous membrane of the lip.
J. Cutan. Dis. Syph., Chicago, 1918.

VRASSE. - Affections de la cavité buccale.
Encyclopédie médico-chirurgicale Stomato, t. 2, p. 220 054.

BIBLIOGRAPHIE DES GRENOUILLETTES SUBLINGUALES

Nous n'indiquerons ici que les travaux qui nous ont paru être les plus importants, soit qu'ils aient marqué une date dans l'interprétation histologique et pathogénique, soit qu'ils nous aient servi de référence pour la comparaison avec les kystes muqueux de la lèvre. Une bibliographie plus complète devra être recherchée dans l'excellente thèse de J. BILLET. Nous soulignerons d'un trait les auteurs qui ne sont pas cités dans ce dernier ouvrage.

ASHERSON M., RUNDLE W.J. - Ranula, Traitement radiothérapique.
Journal of Laryngology, 1960, janvier.

AUBRY, FREIDEL. - Chirurgie de la face et de la région maxillo-faciale. Masson éd., p. 526.

BAILEY H. - Ranula.
Brit. Dent. J., 1931, 52, p. 581.

BERNARD Cl. - Les grenouillettes.
Leçons de physiologie.

BRUNNER H. - Pathology of Ranula.
Oral Surg. - Oral Med. - Oral Path. - décembre 1949, 2, n° 12, p. 159-198.

COLYER, SPRAWSON. - Dental Surgery and Pathology, 1938.
Longmans Green and C° Fd.

COTTALORDA M.J. - Contribution à l'étude de la pathogénie de la grenouillette sublinguale commune.

Ann. d'Anat. Path. Médico-chirurgicale, 1924, t. 1, p. 441-468.

CRILE G. - Grenouillettes s'étendant au cou.

Surgery, nov. 1957, 42, n° 5, p. 819-821.

CUNEO, VEAU. - Pathogénie de la grenouillette sublinguale commune.

Presse médicale, Paris, 1902, p. 1047-1049.
Gazette des Hôpitaux, 1903, t. 26, p. 1378.

DEBRAY C., FLEURY R., BUREAU, LEQUERLEY. - Un nouveau traitement de la ranule : les antithyroïdiens de synthèse (quatre observations).

Semaine des Hôpitaux, 18 octobre 1959.

DECHAUME M. - Précis de Stomatologie, 1949. Masson et Cie éd.

FOOTE W.F., FRAZEL E.L. - Atlas of Tumors.

Armed Forces Institute of Pathology.

GRETHER. - Volumineux kyste mucoïde du plancher de la bouche.

Revue de Stomatologie, 1949, 50, p. 525.

HIPPEL. - Uber Bau und Wesen der Ranula.

Arch. f. Klin. Chir., 1897, 55, p. 1640.

IMBERT L., JEANBRAU E. - Pathogénie des grenouillettes.

Nouveau Montpellier Médical, 1901, t. 13, p. 430-452.
Revue de Chirurgie, Paris, 1901, 131, 175.
Bulletin de la Soc. Anat. Paris, 1902, p. 285.
Montpellier Médical, 1902, t. 14, p. 193-198.

JACOB P. - Contribution à l'étude anatomo-clinique des grenouillettes chez le chien.

Thèse vétérinaire, Lyon, 1943.

LECCO V., MONTANARIELLO A. - Considerazioni istologiche su alcuni casi di ranule.

Oto-Rino-Laringologia Italiana. Bologna, oct. 1957, p. 159-166.

LECENE, LERICHE. - Therapeutique chirurgicale, t. II, p. 121.

LIENARD T. - La grenouillette sublinguale, contribution à l'étude de sa pathogénie.

Thèse Lausanne, 1957, n° 3.

LIZON F. - Contribution à l'étude des grenouillettes.

Thèse vétérinaire, Lyon 1960, n° 9.

MASSE G. - Contribution à l'étude des k. mucoïdes du plancher de la bouche.

MINTZ. - Glandula sublingualis und Ranula.

Zeitschrift für chirurgie, 1899, 33, p. 590.

MATHANSON N.R., QUINN T.W. - Les grenouillettes.

Oral Surg. - Oral Med. - Oral Path., mars 1952, 5, n° 3, p. 250-255.

NEWS. - Kystes congénitaux de la langue, du plancher.

Arch. O.R.L., n° 2, 1947.

SUZANNE. - Pathogénie des grenouillettes.

Thèse Bordeaux, 1886.

THOMPSON. - Relationship, between ranula and Branchigenic cysts.

Ann. Surg., 22, 164, 176, 1920.

VRASSE. - Maladie du plancher de la bouche, grenouillettes.

Encyclopédie Médico-chirurgicale, Stomato I, 22.056.

Madame R. MERCIER - Travaux de Copie - Dactylographie - Impression de thèses
32, Cité-Industrielle et 14 bis, rue Anterrieu - MONTPELLIER - Tél. 72 65-27